

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

380

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Juin 1897, à 1 heure

PAR

Lucien WALLET

Né à Attichy (Oise) le 29 juillet 1861

Ex-préparateur à la Faculté de médecine de Paris

Licencié ès-sciences naturelles

Licencié ès-sciences physiques

DE LA NÉCROSE SYPHILITIQUE DU CRANE

(Intervention chirurgicale)

Président : M. LE DENTU, professeur.

Jugés : MM. BERGER, professeur.

POZZI et NÉLATON, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Juin 1897, à 1 heure

PAR

LUCIEN WALLET

Né à Attichy (Oise) le 29 juillet 1861

Ex-préparateur à la Faculté de médecine de Paris

Licencié ès-sciences naturelles

Licencié ès-sciences physiques

DE LA NÉCROSE SYPHILITIQUE
DU CRANE

(Intervention chirurgicale)

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.

POZZI et NÉLATON, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE
	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLE Y.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

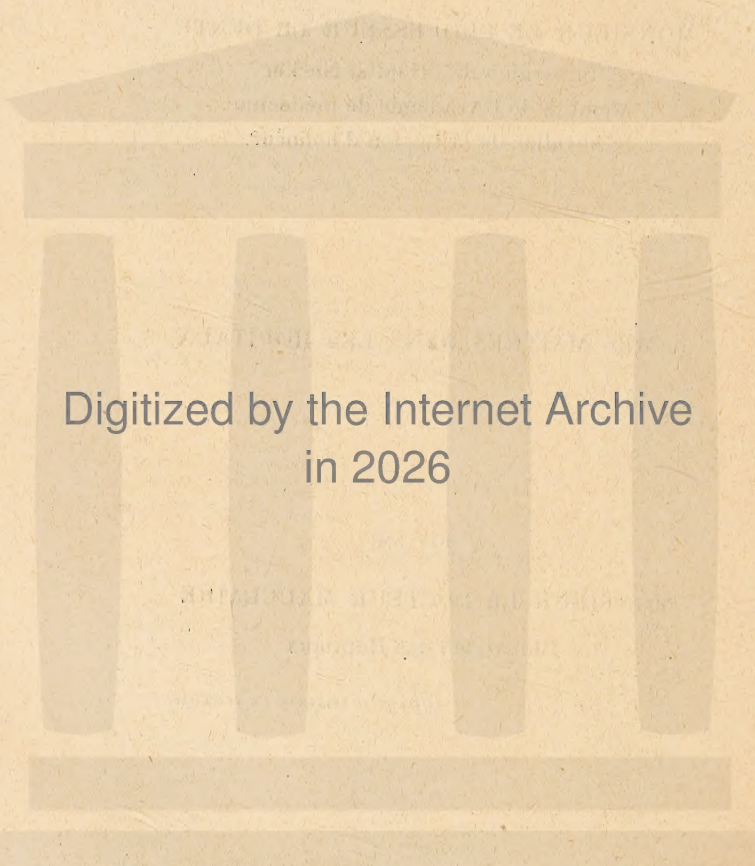
A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE

Chirurgien des Hôpitaux

(qui m'a inspiré ce travail)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au début de cette thèse, que M. le Professeur Le Dentu qui a bien voulu en accepter la présidence nous permette de lui exprimer notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en cette circonstance ; c'est d'ailleurs dans son service de l'hôpital Necker que nous avons pris l'observation qui fait l'objet de ce travail.

Parvenu au terme de nos études médicales, c'est pour nous un devoir de remercier les Maîtres avec lesquels nous avons fait notre instruction : M. le P^r Pinard, MM. les D^s Robin, Rigal, Michaux, Ribemont-Dessaignes, Gombault ; nous n'oublierons pas non plus MM. Lejars, Demoulins et Thiéry dont les intéressantes cliniques nous ont initié à la pratique chirurgicale.



INTRODUCTION

La nécrose syphilitique du crâne est une affection rare ; cependant, l'étude n'en est pas nouvelle, et, depuis époque (1525) où Jacques de Béthencourt mentionnait les gommes frontales dans son « Nouveau carême de pénitence », ces accidents et la nécrose qui leur succède parfois ont été l'objet d'assez nombreuses observations.

Aussi, mon ambition en abordant ce sujet n'est-elle pas de faire une œuvre originale, mais simplement de mettre au point cette intéressante étude pathologique en insistant tout particulièrement sur les cas d'intervention chirurgicale que j'ai pu trouver dans la littérature médicale.

L'observation recueillie dans le service de M. le Professeur Le Dentu est une modeste contribution apportée à l'étude de cette partie de la question.

J'ai eu l'occasion d'analyser environ 50 cas de nécrose consécutive à des lésions gommeuses du crâne. Ceci m'a permis de dresser une statistique que j'interprète d'une façon que je crois nouvelle et dont je donne le résultat dans un seul et même chapitre consacré à la fois au siège de la lésion et à l'étiologie.

On pourrait penser qu'une fois la dure-mère atteinte de pachyméningite externe par le fait de la nécrose sus-jacente, le cerveau doit facilement s'enflammer ; il n'en est rien ; et, il est remarquable de voir combien longtemps cet organe reste sain sous la dure-mère ainsi altérée.

Je ne parle pas, bien entendu, des accidents de compression dûs à la présence d'un séquestre ou d'une nappe purulente située entre la dure-mère et le crâne, accidents qui disparaissent d'ailleurs généralement assez vite en même temps que la cause qui les a engendrés; je fais allusion ici à l'encéphalite; je le répète, cette dernière complication met des mois et même des années à se produire.

Voici, parmi beaucoup d'autres, quelques exemples de cette tolérance de l'encéphale :

1° Observ. 11 de la thèse de Galtier Boissière (Paris, 1885). Femme qui guérit après avoir présenté pendant 2 ans de la nécrose avec perforation du frontal. Aucun phénomène cérébral.

2° Cas de Barié (Bulletin de la Société anatomique, 1874). Malade ayant le rocher complètement détruit et tout le crâne plus ou moins vermoulu. Ce malade meurt de phlébite des sinus, mais à l'autopsie, sous la dure-mère frappée de pachyméningite et très altérée, on trouve un cerveau absolument sain.

3° Observ. 14 de la thèse de Lagneau (Paris, 1860). Femme de 70 ans, morte de pleuropneumonie. Pendant 10 ans, elle a éliminé des séquestres frontaux sans jamais présenter aucun accident cérébral.

Juliusburger parle d'un malade dont la santé est restée parfaite malgré de nombreuses perforations du frontal.

Néanmoins, si l'on n'intervient pas, au bout d'un temps variable, mais le plus souvent fort long, le cerveau

s'enflamme, et sur 19 morts j'en ai compté 11 causés par des accidents cérébraux.

Le pronostic est donc grave, puisque ces 19 décès se sont produits sur un total de 45 malades ; mais, ici plus que dans toute affection, il est en grande partie subordonné au traitement. J'ai remarqué, en effet, que ces accidents de nécrose se sont développés de préférence chez des malades qui se sont peu ou mal soignés.

Il convient d'ajouter que presque tous les cas analysés dans cette thèse ont été des plus sérieux, car, on ne publie guère les cas simples qui guérissent sans complications ; cette remarque atténue la gravité du pronostic tel qu'il résulte des chiffres énoncés plus haut.

La nécrose du crâne est une manifestation tardive de la syphilis ; dans la plupart des cas, elle s'est montrée 7 ans, 8, 10 ans, exceptionnellement 30 ans après le chancre (cas de Hutchinson. *The Lancet*, 1872. Tome II, p. 234). Enfin, dans certains cas de syphilis maligne, elle a été précoce : 15 mois dans un cas de Lanceraux, 6 mois dans un cas de Rémy et même 1 mois seulement après l'accident primitif chez un malade de Védrennes (observ. IV). Quand le traitement chirurgical a été employé, il a donné des résultats remarquables bien qu'appliqué à des cas en général désespérés, puisque c'est la gravité même de l'état du malade qui a été la raison de l'intervention.

Je ne saurais trop insister sur l'innocuité du trepan dans les cas de ce genre, même avant l'antisepsie ; c'est

un fait démontré nettement par la lecture des observations; et, quand les malades ont succombé, c'est qu'ils avaient de l'encéphalite avant l'intervention. En général, la mort est due à une autre cause, la suppuration, par exemple, l'érysipèle, accidents que nous devons éviter maintenant avec la pratique de l'antisepsie.

Autrefois, les chirurgiens enlevaient la totalité de la portion nécrosée à l'aide du trépan. Il y a des exemples classiques de cette large intervention. On connaît les faits célèbres rapportés par Denonvilliers dans sa thèse d'agrégation (1839), en particulier celui de Méhée de la Touche, qui, en 1765, présenta à l'Académie de chirurgie une femme de Meaux, sexagénaire et bien guérie après l'application dans l'espace de 15 mois, de 52 couronnes de trépan dont 27 pénétraient jusqu'à la dure-mère. Dans le cas de La Peyronie (obs. VII), il y eut une guérison définitive à la suite de l'ablation du frontal et de la voûte orbitaire. Dans les mémoires de l'Académie royale de chirurgie où j'ai trouvé les observations précédentes, il est question de cas analogues, mais encore plus anciens. Aujourd'hui, on ne comprend plus de la même façon l'intervention chirurgicale, et, depuis l'antisepsie, on est entré dans une voie plus économique; on attend que le traitement médical, mieux appliqué qu'autrefois, ait donné tout ce qu'il est capable de donner; on fait une désinfection soignée, et on enlève les séquestres quand ils sont suffisamment mobiles; mais on conserve le plus d'os possible,

Si les anciens chirurgiens ne ménageaient pas le contenant, il n'en était pas de même du contenu ; et, ils s'imposaient comme règle de ne jamais toucher au cerveau. Actuellement, en présence d'accidents graves, on est autorisé, sous le couvert d'une antiseptie rigoureuse, à enlever les gommes et les lésions sous-jacentes à la nécrose ; et, comme on le verra au chapitre du traitement, les résultats obtenus sont plutôt encourageants.

L'observation prise dans le service de M. le professeur Le Dentu est intéressante à divers points de vue ; c'est un bel exemple de l'utilité de l'intervention chirurgicale. En effet, au moment de l'opération, une suppuration abondante, entretenue par la présence d'un séquestre avait mis le malade dans un état alarmant. Avant l'établissement d'une perforation crânienne, il avait eu un certain nombre d'attaques d'épilepsie dont quelques-unes offraient les caractères de l'épilepsie essentielle (perte absolue de connaissance dès le début de l'attaque, morsure de la langue) ; le fait n'est pas nouveau dans les cas de nécrose, mais il est assez rare pour mériter d'être signalé.

J'ai laissé intentionnellement de côté tout ce qui est relatif à la syphilis héréditaire, cette question ayant été fort bien étudiée dans la thèse de Galtier Boissière (*De la nécrose syphilitique du crâne. Paris 1885*). D'ailleurs, à part quelques accidents spéciaux à la syphilis précoce (front olympien, encarcène, crâne natiforme, etc.), la syphilis héréditaire du crâne offre les mêmes caractères que la syphilis acquise.

Histoire

Il est aujourd'hui démontré que la syphilis crânienne existait dès la période préhistorique. Parrot a trouvé sur des crânes datant de cette époque des lésions de syphilis tertiaire et même de syphilis héréditaire. Un certain nombre de faits rapportés par cet auteur ont été contestés ; mais il en reste quelques-uns qui entraînent la conviction (Parrot. *Une maladie préhistorique*. Revue scientifique, 1882). A peu près à la même époque, Le Baron avait étudié cette question dans sa thèse inaugurale (Thèse de Paris 1881) ; il est vrai qu'il considère comme douteux les quelques cas qu'il a analysés, mais M. Jullien, à propos d'un fait qu'il a emprunté à la thèse même de Le Baron se montre plus affirmatif que ce dernier et conclut que la pièce observée présente des traces de syphilis ; Le Baron a étudié d'autres pièces osseuses, notamment un tibia, qui offre des signes indéniables de syphilis. Le point important, c'était d'établir par des preuves aussi palpables que des lésions du squelette, l'existence de la syphilis à ces âges lointains ; et, l'on peut dès lors espérer trouver dans l'avenir d'autres débris crâniens plus démonstratifs que ceux découverts jusqu'à ce jour. Toute cette question de l'ancienneté de la syphilis est fort bien étudiée par Jullien dans son traité des maladies vénériennes.

Parmi tous les auteurs qui se sont occupés, dans ce siècle, de la nécrose syphilitique du crâne, il nous faut signaler Cullerier et, plus récemment, Ricord, Parrot, MM. Fournier et Mauriac, et enfin MM. Terrier et Luc (*De la syphilis chez les vieillards* 1881). Outre les travaux de Parrot sur l'ancienneté des lésions crâniennes de la syphilis, on a de lui de remarquables études sur la syphilis héréditaire ; il a d'ailleurs inspiré à M. Galtier Boissière une thèse intéressante dont j'ai parlé plus haut, et où cette question de l'hérédo-syphilis est fort bien traitée en ce qui concerne les manifestations sur le crâne (1885). Cette même année 1885, M. Lavergne fit paraître dans la France Médicale un mémoire appuyé sur 51 observations suivies d'autopsie, et où il étudie spécialement les complications cérébrales de la nécrose syphilitique du crâne. L'anatomie pathologique a été l'objet de nombreuses recherches, parmi lesquelles je dois citer celles de Virchow. de Poulet ; on trouvera un excellent résumé du travail de ce dernier auteur dans la Revue des Sciences Médicales (1886, page 234).

Enfin, M. Cornil a étudié très complètement ce sujet, non seulement dans son traité d'anatomie pathologique, mais aussi dans ses « Leçons sur la syphilis (1879). »

Quant à l'intervention chirurgicale, il y a lieu de penser qu'elle est aussi ancienne que la trépanation elle-même, c'est-à-dire qu'elle daterait de l'époque préhistorique. On a vu plus haut que la syphilis existait déjà dans ces temps reculés ; d'autre part, la facilité avec laquelle,

d'après Broca, nos ancêtres ouvraient le crâne dans tous les cas de convulsions permet de supposer qu'ils ont dû trépaner dans le cas de nécrose syphilitique ; en effet, cette dernière affection s'accompagne parfois de convulsions.

J'ai dit dans l'introduction que pendant le siècle dernier, où le trépan était si en faveur, les chirurgiens ne craignaient pas de trépaner largement dans les cas de nécrose syphilitique ; j'ajouterai que dans notre siècle, les indications de l'intervention chirurgicale en pareil cas ont été bien formulées par Denonvillers, dans sa thèse d'agrégation (1839).



Etiologie

Voici sur cette question, l'opinion de quelques auteurs :

Pour Ricord (Gazette des Hôpitaux, 1846), la nécrose gommeuse du crâne est la preuve d'une mauvaise constitution, d'une diathèse scrofuleuse, scorbutique, tuberculeuse. Il fait aussi jouer un grand rôle à la misère ; de fait, les lésions graves des os du crâne se rencontrent rarement dans les classes aisées, ce qui peut tenir aussi à ce que la syphilis y est davantage soignée. Il est à remarquer en effet que ces accidents se développent de préférence chez les syphilitiques qui ont suivi un traitement mercuriel insuffisant.

Parrot, cité par Galtier-Boissière, fait jouer un grand rôle au traumatisme et aux influences thermiques ; il va même jusqu'à attribuer la fréquence des ostéites du frontal à la pression des bords du chapeau, les cheveux servant de coussin protecteur pour le reste du crâne.

Si cette pression du chapeau avait réellement une influence, l'ostéite syphilitique du frontal devrait être plus fréquente chez les hommes que chez les femmes ; or, sur 20 cas de gommes frontales (le frontal étant seul atteint), 13 fois les accidents sont survenus chez des femmes, 7 fois seulement chez des hommes ; et, sur 34 nécroses des divers os du crâne, y compris le frontal, j'en ai noté 21 chez la

femme. M. Cornil croit, avec Virchow, que la plupart des lésions osseuses de la syphilis proviennent de contusions. Cet auteur a observé des gonflements syphilitiques périostiques des clavicules, aux points où passaient les courroies avec lesquelles un commissionnaire portait des fardeaux. Il cite aussi, dans ses leçons sur la syphilis (9^e leçon), le cas d'un maître d'armes atteint de tuméfaction syphilitique du sternum et des côtes, là où il était plastronné toute la journée par des fleurets boutonnés. Voici un exemple de cette influence des chocs, que j'ai relevé dans un cas de Hutchinson (*The Lancet*, 1872. Tome II, page 334) ; il s'agit d'un laboureur qui eut des tumeurs gommeuses du frontal consécutives à la chute d'une gerbe de blé sur la tête ; on peut consulter sur le même sujet, la thèse de Petit (*La syphilis et le traumatisme*. Paris, 1875). L'action du traumatisme ne saurait donc être mise en doute, mais elle a été exagérée. En effet, dans la plupart des observations, aucune influence de ce genre n'est signalée, malgré la tendance bien connue des malades à exagérer l'importance du moindre choc. Faut-il admettre qu'en raison de la lenteur de l'évolution de ces accidents, les patients ne se souviennent plus d'avoir reçu un coup, ou bien plutôt qu'il n'y a eu en réalité aucun traumatisme ?

Il semble donc que, dans bon nombre de cas, les gommés crâniennes sont purement et simplement le fait de la syphilis sans cause d'appel appréciable.

Comment par exemple expliquer les lésions dissémi-

nées sur toute la voûte et sans aucun lien de contiguité les unes avec les autres ?

Dans un cas rapporté par Moscovitz, à l'autopsie, on trouva 12 dépressions, 5 sur le frontal, 3 sur le pariétal et 4 sur le reste du crâne. On ne peut admettre que le malade ait été l'objet de traumatismes aussi multiples ; en tout cas, il devrait en avoir gardé le souvenir.

Je pense donc qu'à côté du traumatisme dont l'action est indéniable, il faut invoquer d'autres causes, telles que peut-être l'action du froid, ce qui expliquerait que le frontal superficiel, dépourvu de cheveux, en un mot mal protégé contre les variations thermiques est plus souvent frappé que les autres os, même en dehors de toute violence extérieure.

On connaît bien d'ailleurs l'influence fâcheuse exercée par le froid sur la vérole ; ne serait-ce pas en partie pour cette raison que la nécrose syphilitique du crâne est relativement plus fréquente en Suède et en Norwège ?

Dans les sciences biologiques, tant de causes concourent à la production d'un même effet que je donne cette opinion sous toute réserve ; peut-être aussi convient-il de tenir compte de la scrofule et du corbut assez répandus dans ces pays et auxquels Ricord fait jouer, nous l'avons vu, un certain rôle étiologique.

Quoiqu'il en soit, j'ai fait ma statistique en prenant soin de distinguer 2 cas :

1° *Un seul os est frappé ; c'est le plus souvent le*

frontal parce que, semble-t-il, il est le plus exposé au traumatisme et aux variations de température.

2° *Plusieurs os de la voûte sont atteints* ; la lésion est alors le fait de la syphilis sans l'intervention apparente d'une cause occasionnelle.

Il arrive assez souvent que le processus destructif, ayant pour point de départ un os envahit l'os voisin par continuité ; par exemple, le frontal est frappé et la lésion s'étend ensuite au pariétal ; dans ce cas, j'ai compté une seule lésion, celle du frontal.

Voici les résultats obtenus :

1° Cas d'un seul os (33 observations).

Frontal.....	20
Pariétal.....	8
Temporal.....	3
Occipital.....	2

2° Cas de plusieurs os (13 observations).

Dans ces 13 cas, il existait des lésions disséminées sur tout le crâne, et, les divers os ont été pris simultanément ou successivement.



Anatomie Pathologique

Lorsqu'un os est fortement irrité, il devient le siège d'une ostéite raréfiante ; une irritation faible détermine dans ce même tissu de l'ostéite condensante.

Ce dernier fait domine toute l'anatomie pathologique de la syphilis crânienne.

En effet, les lésions syphilitiques sont caractérisées par leur longue durée et leur peu d'intensité, conditions favorables à la production d'une ostéite condensante allant dans certains cas jusqu'à l'éburnation. La conséquence de cette hyperostose est la réduction du calibre des canaux de Havers, d'où oblitération des vaisseaux capillaires qui y sont contenus et nécrose fréquente.

Je ne m'occuperai pas des périostites simples, périostoses, exostoses de la période secondaire ; car, dans ces lésions qui cèdent si facilement au traitement, la diminution du calibre des canaux de Havers n'est pas en général assez prononcée pour amener la nécrose.

Cet accident est, pour ainsi dire, toujours la conséquence d'une périostite gommeuse que nous devons étudier avec quelques détails.

Je n'ai pas à faire ici l'histologie de la gomme, mais simplement à montrer comment les lésions gommeuses évoluent dans les os du crâne.

Que la lésion soit *circonscrite* ou *diffuse*, le processus est toujours le même. Des bourgeons gommeux développés dans la face interne du périoste crânien s'insinuent dans l'épaisseur de l'os. Ils y décrivent comme dans toutes les parties du squelette envahies par des gommes, des trajets en tire-bouchons qui, en raison de la forme aplatie des os du crâne prennent l'aspect d'une spirale surbaissée. Poulet, qui a bien décrit ces lésions, compare leur forme à un ressort de montre.

Ces bourgeons, gros comme une tête d'épingle, sont eux-mêmes formés par des nodules de 1/10 de millimètre environ. Jamais le diploé n'est envahi primitivement : ceci est le fait de l'ostéomyélite et de la tuberculose. Sous l'influence des altérations que je viens de décrire, l'os prend un aspect caractéristique ; il est épaissi et percé d'un grand nombre de petits pertuis correspondant aux bourgeons gommeux ; il semble qu'il ait été travaillé par des vers ; parfois même, ces perforations sont si nombreuses qu'elles lui donnent l'apparence d'une véritable écu-moire.

Cette surface vermoulue est entourée d'un rebord saillant due à une ostéite proliférante ; cette saillie osseuse présente souvent une forme géométrique, polycyclique, trait commun à beaucoup de syphilides.

Par quel mécanisme se produit la nécrose dans ces parties vermoulues ?

D'après MM. Cornil et Ranvier, elle serait due à l'arrêt de la circulation dans les canaux de Havers des parois

osseuses qui sont en contact avec les bourgeons gommeux ; et cela par le fait d'une ostéite condensante. On voit donc que si le crâne dans les parties nécrosées est raréfié, il ne l'est qu'au sens clinique du mot, mais nullement au sens histologique. Dans certains cas, le tissu osseux est mortifié sans que les capillaires soient oblitérés ; on admet, pour expliquer ces faits que la nécrose est alors due à la mort des cellules du tissu osseux frappées directement par le virus syphilitique. •

Quand une portion d'os est ainsi nécrosée, elle devient facilement un séquestre qui, une fois exposé à l'air, prend une couleur noire ou verdâtre.

Parfois, l'élimination en est impossible ou du moins fort lente parce que l'os, hypertrophié sur la périphérie de la perte de substance, le surplombe et le fixe à la façon d'un verre de montre enchassé par son boîtier ; dans ce cas, une intervention chirurgicale est indiquée.

Pour terminer ce qui a trait au séquestre, je dois faire remarquer que le plus souvent, il n'intéresse pas toute l'épaisseur de l'os, mais seulement la zone externe (exfoliation) ; parfois même, son élimination au lieu de se faire en bloc se fait parcelle à parcelle.

Après avoir traversé tout le diploé, chacune des spirales gommeuses s'arrête généralement au contact de la table interne qui, leur opposant une grande résistance, reste intacte ou se perforé à peine en quelques points.

Dans bon nombre de cas, c'est la dure-mère qui est le point de départ de ces phénomènes, et même, d'après M.

Cornil, elle serait plus souvent atteinte que le péricrâne.

Souvent, les deux processus, l'un parti du péricrâne, l'autre de la dure-mère, se pénètrent plus ou moins en marchant à la rencontre l'un de l'autre, et, dans ces conditions, il y a beaucoup plus de chances pour qu'une perforation s'établisse. Fernand Lavergne dans son travail (De la syphilis cérébrale indirecte) a noté 9 perforations complètes sur 51 observations suivies de mort.

Quelle est l'évolution de ces gommes crâniennes ?

Traitées à temps, elles peuvent se résorber totalement sans laisser aucune trace de leur existence.

Abandonnées à elles-mêmes, elles peuvent disparaître lentement en laissant un stigmate indélébile, une dépression ou une cicatrice étoilée au-dessus de laquelle la peau a conservé ses caractères normaux. C'est ce que Virchow a appelé la *Carie sèche syphilitique*.

Dans d'autres cas, le syphilome s'échauffe, adhère à la peau ; une substance séro-purulente, rarement gommeuse, s'écoule entraînant avec elle des débris caséeux, mais elle est peu abondante ; parfois enfin, surtout dans les lésions diffuses, il se développe une grande quantité de pus qui, dans le cas de perforation fait saillie sous la peau, en même temps qu'il forme une nappe entre la dure-mère et le crâne, déterminant ainsi des accidents de compression cérébrale.

Les conditions de l'abcès en bouton de chemise étant alors réalisées, on peut réduire la tumeur en exerçant sur

elle une certaine pression qui fait refluer le pus dans la cavité crânienne à travers les trous de l'os verroulu.

Lésions des méninges et de l'encéphale.

Indépendamment des cas où la dure-mère est le siège d'une infiltration gommeuse, elle peut s'enflammer au contact du pus ou de l'os nécrosé, ce qui constitue la *pachyméningite externe syphilitique*. Elle est caractérisée d'après MM. Cornil et Ranvier par des bourgeons et excroissances extrêmement nombreuses, coniques, ayant la forme de papilles pointues ou ramifiées ; elle revêt souvent un aspect granuleux et s'épaissit plus ou moins.

Après l'évacuation du pus, cette inflammation disparaît assez vite, mais dans le cas où elle est entretenue par un séquestre, elle peut à la longue gagner les autres méninges et le cerveau, d'où de graves complications cérébrales telles que ramollissement, abcès cérébraux ; en un mot, toutes les lésions de l'encéphalite. A l'autopsie, on trouve, outre ces altérations de la substance cérébrale, d'une part une symphise des méninges entre elles avec parfois des néo-membranes vasculaires, d'autre part, une symphise cérébro-méningée.



Symptômes et complications cérébrales

Lorsque la peau a conservé ses caractères normaux, les symptômes peuvent être nuls et la déformation du crâne passer inaperçue.

Virchow parle dans son traité de la syphilis d'une femme morte de fièvre typhoïde et chez laquelle les altérations de la nécrose syphilitique, furent reconnues à l'autopsie ; elle ne s'était jamais plaint de sa tête durant sa vie.

D'autres fois, le seul symptôme est la présence d'une tumeur ; il en est ainsi dans le cas qui nous a été communiqué par M. le Dr Pauchet ; la femme qui fait l'objet de cette observation n'eût pas la moindre céphalagie.

La gomme syphilitique, si le traitement ne vient pas en arrêter l'évolution, passe par les phases suivantes :

1° *Période de formation ou de crudité.* — La gomme est alors constituée par une tuméfaction plus ou moins dure, sans œdème ni rougeur. Parfois au centre de la tumeur, la palpation révèle de petites élevures osseuses correspondant aux orifices des pertuis occupés par les bourgeons gommeux.

2° *Période de ramollissement.* — La partie centrale perd de sa consistance, ce qui établit un contraste avec la dureté des bords de la lésion où l'os s'est hypertrophié. Lorsque la tumeur n'est pas purulente, même à cette

époque, elle possède encore une fermeté relative ; si au contraire, elle renferme du pus, on perçoit une véritable fluctuation.

C'est surtout dans le cas de lésions diffuses qu'on observe la suppuration ; le pus peut fuser entre le crâne et le cuir chevelu sur une grande étendue, comme cela s'est produit chez le malade de Barié (obs. 12).

Quand il y a perforation, la masse purulente s'étend au-dessus et au-dessous du crâne, donnant lieu aux conditions de l'abcès en bouton de chemise. La tumeur est alors réductible, et sa réduction s'accompagne de la production ou de l'exagération des phénomènes cérébraux (accès épileptiformes, etc.).

Même à la période de ramollissement, des gommes syphilitiques déjà volumineuses et quasi-fluctuantes peuvent encore se résorber (obs. 13). La persistance tardive de la perméabilité des vaisseaux explique le fait.

Période d'ulcération et de séquestration. — La peau devient violacée et le syphilome qui lui est devenu adhérent évacue son contenu au dehors. C'est tantôt une matière plus ou moins mal liée, tantôt du pus qui peut-être très abondant dans le cas de perforation avec masse purulente intra-crânienne. Il se produit une ulcération, taillée à pic, bordée d'une aréole couleur jambon et, au fond de laquelle on trouve l'os plus ou moins mortifié.

Celui-ci se détache parfois spontanément en partie ou en totalité selon qu'il est plus ou moins nécrosé. Quand la perforation est complète, on aperçoit dans la profon-

deur, la dure-mère mise à nu et dont les battements sont bien perceptibles. Mais souvent, il reste un séquestre, qui, surplombé par les bords hypertrophiés de la lésion s'élimine difficilement, et entretient des fistules et de la suppuration. Ce séquestre devient noir ou verdâtre au contact de l'air ; il est particulièrement dur, caractère qu'il doit à l'ostéite condensante dont il a été le siège.

Céphalalgie. — C'est le symptôme le plus constant : il manque rarement. Dans le cas de gomme du cuir chevelu adhérent ultérieurement à l'os, la tumeur précède la céphalalgie ; mais quand la gomme débute par le périoste, les maux de tête peuvent se montrer avant toute tuméfaction ; c'est donc un symptôme précoce et, point important à noter, quelquefois, c'est l'unique symptôme même dans des cas mortels (cas de Duhamel, rapporté par Fernand Lavergne).

Cette céphalée est l'analogue de la douleur ostéocope que l'on peut observer dans tous les points du squelette atteint de syphilis ; elle est tantôt générale, le plus souvent localisée au point malade. Elle a des caractères variables ; le malade se plaint de lourdeur, d'autres fois d'élancements ; rien ne peut calmer cette douleur, si ce n'est le traitement spécifique sous lequel elle disparaît parfois en quelques jours. Son caractère le plus saillant, c'est d'être nocturne parce qu'elle s'éveille à la chaleur du lit ; les Kabyles qui couchent sur une natte placée sur le sol en seraient, paraît-il, exempts. Quelquefois, l'insomnie causée par l'exacerbation nocturne est presque

complète, ce qui ne contribue pas peu à affaiblir le patient.

La pression amène tantôt un soulagement, tantôt des plaintes ; parfois le simple port du chapeau ou le passage du peigne deviennent insupportables.

Complications encéphaliques. — La lenteur avec laquelle elles s'établissent me fait supposer qu'elles sont rares dans les cas traités à temps ; si je les ai notées dans un assez grand nombre d'observations, cela prouve seulement qu'on a publié les cas graves et pas les autres. En dehors de l'inflammation des méninges, ces accidents consistent dans des phénomènes de compression et d'encéphalite.

Les symptômes varient nécessairement suivant le siège de la lésion sur le crâne :

Etage antérieur (frontal) affaiblissement intellectuel, aphasie, etc...

Etage moyen ou moteur (pariétal) paralysies, accès épileptiformes, convulsions.

Etage postérieur (occipital) troubles de la sensibilité.

Cervelet. — Vomissements, titubation, vertiges.

Bulbe. — Polyurie, glucosurie, nystagmus etc.

Les os le plus souvent atteints étant le frontal et le pariétal, les symptômes les plus communs sont outre l'affaiblissement intellectuel, les accès épileptiformes et les paralysies.

Epilepsie. — C'est quelquefois un symptôme de début, mais généralement il succède à la céphalalgie ; il s'agit le plus souvent d'épilepsie jacksonienne classique ;

plus rarement, la symptomatologie est celle de véritables accès d'épilepsie vulgaire ; notre malade (Obs. I) a eu ces deux modes d'épilepsie.

Paralysie. — La paralysie peut être l'accident initial (une fois sur 51 cas mortels d'après Lavergne) ; en général elle succède à la céphalée et à l'épilepsie (14 fois sur 51) ; c'est habituellement l'indice d'une altération profonde de l'encéphale. Le type le plus fréquemment observé est l'hémiplégie siégeant du côté opposé à la lésion ; elle s'établit progressivement prenant successivement le bras, la jambe, la face dans un ordre variable ; c'est d'abord une simple parésie qui s'accroît de plus en plus pour aboutir à la paralysie. Lorsque la nécrose affecte la base du crâne et notamment le sphénoïde, ce qui est rare (5 fois sur 51 d'après Lavergne) on pourrait, semble-t-il, observer des paralysies des nerfs de la base de l'encéphale ; mais dans ce cas jusqu'à présent, l'autopsie a montré que ces accidents étaient dus à des gommes méningées indépendante de l'altération osseuse elle-même.

Encéphalite. — Ses caractères sont énumérés ci-dessous d'après une leçon de M. le Professeur Fournier résumée par M. Lavergne :

Elle est souvent consécutive à une ostéite syphilitique naso-cranienne. Il y en a deux formes :

1° *Encéphalite chronique.* — se traduisant par les symptômes suivants : 1° céphalée gravative plutôt que franchement douloureuse.

2° Changement de caractère (morosité, tristesse).

3° Asthénie cérébrale.

4° Détérioration de l'état général (amaigrissement, faiblesse, pâleur) puis, apparition d'une paralysie qui permet de localiser la lésion. Le malade meurt, emporté par un ou plusieurs ictus apoplectiformes.

2° *Encéphalite aiguë*. — Le malade atteint d'ostéite de la voûte n'a éprouvé que les symptômes de la lésion osseuse ; soudain les accidents cérébraux éclatent (fièvre, céphalée, vertiges), et le malade meurt en quelques jours de lésions vulgaires contre lesquelles le traitement ne peut rien.

Parfois, l'encéphalite est latente et la mort survient subitement.



Pathogénie des accidents cérébraux

Il y a deux sortes d'accidents cérébraux : les uns dûs à la *compression* de l'encéphale, les autres à son *inflammation*.

La compression est causée par le pus, un séquestre, ou même le simple épaissement de l'os nécrosé. Auvray, dans sa thèse (Les Tumeurs cérébrales, 1896), prend soin de séparer les accidents de compression générale (céphalée, accès épileptiformes affectant les caractères de l'épilepsie vraie, vomissements, constipation par compression bulbaire indirecte) des phénomènes de compression locale (accès d'épilepsie jacksonienne par compression au niveau de la zone motrice corticale).

En appliquant cette distinction à l'étude de la nécrose syphilitique, il est permis de penser que la présence entre la dure-mère et le crâne d'une masse purulente plus ou moins volumineuse, détermine surtout de la compression générale, et, l'existence d'un séquestre, des accidents de compression locale.

On pourrait peut-être expliquer ainsi pourquoi notre malade (Observation 1), a eu quelques accès rappelant l'épilepsie vraie ; il était en effet porteur d'une masse purulente intra-crânienne.

Il est à remarquer que les accès cessèrent une fois

cet amas de pus évacué par l'ouverture spontanée de la tumeur, ce qui montre bien la relation de cause à effet qui existe entre la compression et les attaques épileptiformes. Il y a d'ailleurs des exemples encore plus probants, qui viennent éclairer ces notions de pathogénie.

En effet, dans certains cas, sur la tumeur devenue purulente, il a suffi de presser de manière à la réduire dans la cavité crânienne, pour déterminer immédiatement une aggravation des phénomènes cérébraux, parfois même une attaque d'épilepsie. Ce fait avait déjà été observé au siècle dernier, notamment par J. L. Petit.

Nous-même avons relevé un exemple intéressant de compression dans un cas de Védrennes (Obs. 4). Il s'agit d'un malade atteint de graves accidents cérébraux qui nécessitèrent la trépanation ; l'ablation d'un séquestre qui refoulait en dedans la table interne intacte et non perforée fit cesser tous les accidents, en permettant à celle-ci de reprendre sa place. Le malade ouvrit les yeux au cours de l'opération et reprit immédiatement connaissance.

L'anémie due à la compression, est peut-être la cause des troubles fonctionnels observés, qui cessent généralement une fois le pus évacué ou le séquestre enlevé.

Lorsque la substance cérébrale est, non pas seulement comprimée, mais altérée, l'inflammation du cerveau, provoquée par la lésion syphilitique, est d'ordre banal et, mercure et iodure sont sans action sur elle ; cette complication si grave peut s'expliquer de plusieurs manières :

1° Avec le temps, l'inflammation de la dure mère atteinte de pachyméningite au contact du pus ou d'un séquestre, se propage peu à peu aux autres méninges et au cerveau lui-même, qui devient le siège d'une encéphalite vulgaire ;

2° La dure-mère a été le point d'origine d'une infiltration gommeuse qui d'une part a amené la nécrose du crâne, et d'autre part, s'est étendue aux autres méninges et à l'encéphale, déterminant à la longue, par irritation de voisinage, une inflammation deutéropathique dont le pronostic est celui de toute encéphalite, c'est-à-dire la mort presque fatalement.



Diagnostic

Ce que j'ai dit au chapitre précédent, me permettra d'être bref ; mais avant tout, je dois faire remarquer qu'ici comme dans tous les accidents syphilitiques, les commémoratifs et le traitement spécifique rendent les plus grands services dans les cas douteux.

En général, il est facile d'arriver au diagnostic par les seuls symptômes locaux. Il faut distinguer deux cas suivant qu'il existe ou non une tumeur extérieure.

1° *Gomme faisant saillie extérieurement.*— Les caractères de la gomme aux diverses phases de son évolution rendent le diagnostic facile. Il peut paraître superflu de discuter sur la confusion possible entre une gomme et une périostite simple, puisque cette dernière lésion est un accident secondaire, tandis que la gomme, accident tertiaire, n'apparaît guère avant la deuxième année de syphilis. Mais, on sait que cet ordre n'est pas toujours respecté, et, il est des cas où ce symptôme s'est montré précoce. (Obs. 4).

Il n'est donc pas inutile d'indiquer comment la distinction peut être faite. Les signes différentiels sont les suivants :

1° Les gommages ont une évolution lente, tandis que la

périostite syphilitique simple se constitue rapidement ; parfois, elle apparaît en 24 ou 48 heures.

2° Les gommes ont un rebord osseux qui contraste avec la sensation de moindre dureté de la partie centrale.

3° La céphalée qui accompagne les gommes est rémittente avec exacerbation nocturne, tandis que celle de la périostite serait exclusivement nocturne ?

4° La douleur à la pression est plus forte dans le cas de périostite.

5° La périostite simple est généralement accompagnée d'adénopathie cervicale.

Je ne m'attarderai pas à décrire les caractères distinctifs de la gomme et de l'exostose (conséquence habituelle d'une périostite non soignée), mais, je dirai quelques mots du diagnostic avec les kystes sébacés.

On se rappellera que les loupes adhèrent à la peau dès le début, ce qui n'a pas lieu pour les gommes qui n'y adhèrent que tardivement, lorsqu'elles sont sur le point de s'évacuer au dehors (Galtier Boissière).

Lorsque les gommes se sont primitivement développées dans les parties molles, elles sont d'abord mobiles ; mais, au bout de peu de temps, elles perdent leur mobilité pour adhérer au crâne.

D'après tout ce qui précède, on voit qu'il sera facile de diagnostiquer le syphilôme et de ne pas le confondre avec l'ostéomyélite ou la tuberculose. Cette dernière affection perfore de bonne heure le crâne ; la perte de substance semble avoir été faite à l'emporte-pièce ; car ici, il n'y a

aucune réaction osseuse proliférante sur les bords de la lésion qui restent lisses.

Ajoutons qu'il existe le plus souvent en divers points du corps d'autres manifestations tuberculeuses.

La marche habituellement aiguë de l'ostéomyélite, la présence d'autres foyers sur les membres, l'existence de phénomènes généraux (fièvre, délire, stupeur, coma) permettent le diagnostic qui ne peut être embarrassant que dans les cas d'ostéomyélite chronique frappant le crâne à l'exclusion des autres os.

Dans les cas que Virchow a appelés improprement *carie sèche syphilitique*, sous la peau ayant conservé ses caractères normaux, il existe, comme il a été dit, des pertes de substance qu'il ne faudra pas confondre avec l'*atrophie sénile des os du crâne* ; il suffira de se rappeler que l'hyperostose lorsqu'elle existe ne siège pas à la périphérie de la partie atrophiée, mais à une assez grande distance, au frontal par exemple, si le pariétal est atteint d'atrophie (Galtier Boissière).

2° *Il n'existe aucune tumeur extérieure.* — L'anamnèse, l'exacerbation nocturne de la céphalée, sa longue durée, enfin l'efficacité du traitement spécifique montreront que la syphilis est en jeu, mais il paraît difficile ou même impossible de dire si la lésion est localisée sur la face interne du crâne, les méninges ou le cerveau.

Si on ne peut trouver dans quel plan siège le mal, on peut parfois le limiter par rapport à la surface du crâne ; dans certains cas, en effet, la palpation ou la percussion

digitale au niveau de la lésion sous-jacente éveille une sensibilité plus ou moins vive, fait important à noter au point de vue de l'intervention chirurgicale.

En résumé, on voit que le diagnostic des gommes crâniennes est en général facile ; j'ai cependant relevé deux cas où il s'est égaré :

1° Une nécrose du temporal en imposa pour une otite chronique moyenne suppurée ;

2° Chez un malade de M. le Professeur Bouchard (obs. 2 de la thèse de Moscovitz), on diagnostiqua successivement : fièvre typhoïde, granulie, méningite tuberculeuse. Le malade mourut dans le coma ; l'autopsie seule révéla la véritable nature du mal.



Pronostic

Comme dans toutes les affections syphilitiques, il est en grande partie subordonné au traitement. Dans les cas simples dégagés de toute complication cérébrale, le pronostic est favorable.

Quand il existe des accidents de compression, il doit être plus réservé ; dans ce cas, si la chirurgie n'intervient pas, le malade peut mourir au cours d'un accès d'épilepsie ou dans le coma. Je dois signaler la possibilité de la mort par érysipèle, ou par suppuration, terminaison rare depuis l'antisepsie.

Enfin, j'ai à peine besoin d'insister sur toute la gravité d'une encéphalite ; cette encéphalite si elle est chronique peut s'accompagner de paralysie durable qu'il ne faudra pas confondre avec les paralysies temporaires qui prolongent les accès d'épilepsie.

Dans les cas d'encéphalite aigüe, la fièvre s'allume et fournit un bon élément de pronostic ; le malade meurt dans le coma ou au milieu d'un accès apoplectiforme.

Le pronostic de cette encéphalite est d'autant plus grave qu'elle est d'ordre banal bien que déterminée par la syphilis ; aussi le traitement spécifique ne peut rien contre elle ; c'est ce que M. Le Professeur Fournier a fait

remarquer il y a déjà longtemps (La syphilis cérébrale, 1879).

Ma statistique fort sombre parce qu'elle ne s'adresse qu'à des cas graves m'a permis de relever sur 45 observations 21 morts qui se répartissent ainsi :

Encéphalite, abcès cérébraux....	11 cas.
Accidents de compression.....	3 —
Suppuration.....	4 —
Erysipèle	1 —
Maladies intercurrentes.....	5 —

En défalquant les 5 morts dues à des maladies intercurrentes (variole, péritonite, pleuropneumonie, etc.), il reste une mortalité de 19 sur 45 imputable à la nécrose syphilitique, soit 42.2 %.



Traitement médical

Dès que l'on constate l'existence d'une gomme crânienne, il faut instituer un traitement antisiphilitique d'autant plus sérieux qu'il s'agit en général de malades qui se sont peu soignés. L'iodure de potassium est insuffisant ; le traitement mixte est de rigueur ; il faut donner l'iodure à haute dose : 6, 8 et même 10 grammes par jour en même que l'on fait des frictions sur la peau avec 4 à 6 grammes d'onguent mercuriel double. Dans le cas où la gomme est ulcérée, et même avant l'ulcération, il faut, outre le traitement général, employer un traitement local : on fera des applications de pommade mercurielle sur la gomme en voie de formation ; quant à la gomme ulcérée, elle sera pansée avec de l'emplâtre de Vigo recouverte de poudre d'iodoforme ou encore avec de la poudre de calomel. Ce traitement réussit le plus souvent à enrayer la marche des accidents ; on a même pu obtenir, ainsi que je l'ai dit, la résorption de gommages déjà fluctuantes. Les cas de syphilis maligne (Obs. IV et XIV) qui résistent malheureusement trop souvent au traitement le mieux dirigé, pourront être traités avec plus de succès par la nouvelle méthode des injections sous-cutanées de sels solubles ou insolubles de mercure (calomel, biiodure, etc.).

Intervention chirurgicale

Il ne faut pas temporiser avec les accidents de compression ; l'ouverture spontanée ou artificielle de la gomme les fera souvent cesser en donnant issue au pus qui comprimait l'encéphale.

Dans le cas de séquestre n'ayant que peu de tendance à s'éliminer, ce qui est la règle à cause du bourrelet osseux qui surplombe la lésion, on pourra être amené à intervenir. Tandis qu'en pareil cas, les chirurgiens d'autrefois appliquaient le trépan pour détacher la tablette nécrosée, il y a aujourd'hui unanimité pour l'expectation dans les cas ordinaires où il n'y a pas d'accidents cérébraux.

Au bout d'un temps toujours assez long, le séquestre réduit de volume pourra sortir, soit sous la forme de parcelles, soit d'une seule pièce. On maintiendra une antiseptie rigoureuse ; c'est par des soins minutieux que l'on préviendra l'érysipèle, le phlegmon diffus, en un mot, tous les phénomènes infectieux.

Lorsque le séquestre est devenu suffisamment mobile, il faut l'enlever de la façon la plus commode. On se servira suivant les cas de couronnes de trépan centrales ou périphériques, ou mieux pour restreindre le plus

possible la perte de substance, du maillet, de la gouge ou du ciseau, de la pince-gouge, des élévatoires. Je ne puis mieux faire que de reproduire ici les lignes que M. Chipault consacre à ce sujet dans son *Traité de chirurgie du système nerveux* (Tome I, page 243). « Souvent, dit-il, plusieurs séances seront nécessaires quand les séquestres sont énormes comprenant une partie étendue du frontal (Védrennes), le frontal et la voûte orbitaire (La Peyronie), le frontal entier (Toland), le frontal et la voûte des deux orbites (Norton), les deux tiers de la voûte (Owens).

On devra du reste être le plus réservé possible dans ces ablations; des parties osseuses même très altérées pouvant reprendre sous l'influence du traitement général une vitalité suffisante. Pour cette même raison, dans quelques cas d'ostéite syphilitique, pourra-t-on peut être tenter avant d'entreprendre des résections plus profondes le procédé d'abrasion de la surface du crâne décrit par Chalot. » (Il consiste essentiellement à enlever la portion nécrosée par une série d'éclats faits au ciseau ostéotome).

Il ne faut pas croire que la libération d'un séquestre soit chose facile; c'est au contraire, une opération délicate et, la gouge ou le ciseau glissent facilement sur le bourrelet osseux dur et inégal qui borde la lésion; quant à l'ébranlement cérébral, danger inhérent à l'emploi de la gouge et du maillet, il semble démontré qu'il n'existe pas à la condition de faire reposer la tête du malade sur un sac de sable humide.

Lorsque, malgré l'antisepsie, le malade est affaibli

par la suppuration, qu'il perd l'appétit, se cachectise, il ne faut pas attendre davantage : on enlèvera le séquestre même peu mobile, puisque c'est lui qui entretient la suppuration. Une fois le séquestre extrait avec beaucoup de précautions pour le cas où il présenterait quelque adhérence avec la dure-mère, on lavera celle-ci avec une solution antiseptique, et on la grattera légèrement au besoin. Il suffit de faire les jours suivants un pansement à la gaze iodoformée : la guérison survient d'ordinaire rapidement; c'est ainsi que les choses se sont passées chez notre malade (Obs. I).

Existe-t-il des contre-indications à l'intervention ?

Il n'en existe qu'une, l'encéphalite avec poussée aigüe. La fièvre n'est une contre indication que lorsqu'elle est liée à l'encéphalite; celle qui dépend de la suppuration est plutôt un indice d'intervention.

Que convient-il de faire dans le cas où le séquestre enlevé, on constate des lésions sous jacentes à la nécrose ?

Il est indiqué si ces lésions semblent circonscrites d'en tenter l'extirpation, mais peut-être fera-t-on bien dans ce cas pour ménager le malade et éviter le shock opératoire d'opérer en deux temps suivant la pratique que conseille Horsley pour les tumeurs cérébrales. Le séquestre une fois enlevé, quelques jours après cette intervention, on en fait une nouvelle qui s'adresse à la lésion sous-jacente.

Cette lésion est habituellement constituée par une gomme ayant résisté au traitement médical; mais comme

il arrive trop souvent en pareil cas, cette gomme a déterminé autour d'elle des lésions banales de méningo-encéphalite avec ou sans abcès cérébral et dont le pronostic est très grave.

Malgré cela, n'est-il pas indiqué d'évacuer l'abcès ou d'enlever le foyer d'encéphalite s'il est suffisamment localisé ?

Cette pratique a réussi plus d'une fois à sauver la vie des malades; c'est ainsi que je relève dans la thèse de M. Auvray sur les *Tumeurs cérébrales* une guérison à la suite de l'extirpation d'une partie des méninges et de l'écorce cérébrale: il s'agit d'un homme porteur d'un foyer de méningo-encéphalite.

Pourquoi hésiter à intervenir en présence de lésions aussi graves qui, abandonnées à elles-mêmes, ont un pronostic fatal ?

Statistique des cas d'intervention chirurgicale.

Je laisse à dessein de côté pour m'en occuper à part les observations qui ont trait à l'extirpation des lésions sous-jacentes. Cette réserve faite, sur 15 interventions tant avant qu'après l'autisepsie, je compte 7 guérisons, 3 améliorations et 5 morts, soit une mortalité de 33 % tandis que sur 30 cas sans intervention, la mortalité a été de 15, soit 50 %.

Il faut remarquer, pour démontrer encore mieux l'utilité de l'opération (ablations de séquestres ou de parties nécrosées), que tous les cas où l'on est intervenu étaient graves: il s'agit de malades affaiblis par la suppu-

ration ou l'insomnie, cachectisés ou en proie à des accidents cérébraux (accès épileptiformes, paralysies par compression) ; quelques-uns même étaient dans le coma.

Les 5 décès signalés plus haut ont tous eu lieu avant l'antisepsie ; ils se répartissent ainsi :

1° Mort d'érysipèle (trois mois après l'ablation d'un séquestre).

2° Mort par infection, suite de suppuration prolongée (cas de Gosselin, obs. VI).

3° 2 morts par encéphalite.

4° 1 mort plusieurs mois après l'opération.

Ce dernier cas rapporté dans la thèse de Lagneau (Paris 1860) est relatif à un homme auquel l'opérateur mit 20 jours à extraire les deux pariétaux, l'angle supérieur de l'occipital et les deux tiers du frontal ; une pareille perte de substance explique facilement la mort ; encore, convient-il de noter qu'elle ne fut pas la conséquence directe de l'intervention puisqu'elle ne survint qu'un temps relativement long après celle-ci.

Au sujet des deux morts par encéphalite, il semble que cette lésion existait avant l'opération.

En ce qui concerne la malade de Gosselin, la mort est due à des causes indépendantes des trépanations multiples auxquelles elle fut soumise ; ces opérations répétées étaient nécessitées par l'extension continue de la nécrose, fait qui n'est pas surprenant étant donnée l'insuffisance notoire du traitement médical (0 gr. 25 de I K sans mercure) ; la malade mourût épuisée par des phéno-

mènes infectieux quatre mois après la première trépanation. Jamais il n'y eut le moindre accident cérébral; l'autopsie montra un cerveau absolument sain.

Le pronostic de l'intervention chirurgicale est donc favorable dans les cas assez simples dont je viens de parler; il l'est beaucoup moins dans les cas de lésions sous-jacentes dont je vais maintenant m'occuper.

Il s'agit cette fois d'observations toutes postérieures à la mise en pratique de l'antiseptie; cependant la mortalité est beaucoup plus élevée que dans la statistique précédente, ce qui se comprend, car une opération sur les centres nerveux est autrement sérieuse que l'ablation d'un séquestre faite même sans antiseptie.

On s'étonnera peut-être de voir ce chapitre figurer dans ce travail; pour en justifier la présence, je ferai remarquer que parfois une gomme méningée coexiste avec une nécrose sus-jacente du crâne.

Je relaterai tout d'abord un cas de ce genre. Il y avait en même temps qu'une gomme cérébrale une nécrose extérieure du frontal. Après l'ablation de la nécrose, on extirpa la gomme avec la curette: il y eut amélioration, mais la malade mourut au bout de trois semaines avec une hernie du cerveau; cette mort a été attribuée à des fautes d'antisepsie (cas de Barton), (obs. IX). Cette observation mise à part, j'ai analysé 12 faits que j'ai trouvés, les uns dans le traité de M. Chipault (Tome I, page 321), les autres dans la thèse de M. Auvray. Dans quelques-uns de ces cas, l'os était malade, non pas extérieurement, mais sur

sa face interne, au niveau même de la gomme sous-jacente.

J'ai noté 5 morts, 2 améliorations et 5 guérisons. Si l'on veut bien rechercher la cause de la mort dans les 5 cas en question, on sera obligé de conclure que l'intervention a donné au total des résultats encourageants.

Dans le cas de Clarke (obs. X), la mort a été causée par la suppuration due à la remise en place de la rondelle osseuse.

Le malade de Dill cité par M. Chipault mourût 48 heures après l'ablation d'une gomme sans avoir repris connaissance, un autre (cas de Harrisson) a succombé dans le gâtisme et le quatrième mourut de schoëk ; pour le dernier (obs. VIII), il faut remarquer que les couronnes de trépan ont passé à côté de la lésion.

Quelle est la conduite à tenir quand il n'existe aucune lésion extérieure ?

Il faut d'abord instituer un traitement spécifique énergétique, et si au bout de six semaines (Horsley et Terrier), trois mois (Starr), on n'a pas obtenu d'amélioration notable, on aura recours à l'intervention chirurgicale en présence de symptômes indiquant une lésion circonscrite. Indépendamment des accidents tels que l'épilepsie partielle, il peut être indiqué de trépaner même pour une simple céphalée, intense, localisée, qui résiste au traitement, prive le malade de sommeil et le tourmente au point de lui faire accepter ou même réclamer l'intervention.

Aussi bien, l'idée d'ouvrir le crâne pour remédier à une céphalalgie chronique syphilitique n'est pas nouvelle, puisque déjà en 1665, Pierre de Marchettis, de Padoue, a trépané dans les cas de ce genre. (L'opération du trépan. Terrier et Péraire, page 78).

M'étendre davantage sur ce qu'il convient de faire dans le cas de lésions syphilitiques intra-crâniennes, ce serait sortir des limites de ce travail, et, pour tout ce qui a trait à ce sujet, je renvoie aux ouvrages sur les tumeurs cérébrales, notamment à la thèse de M. Auvray. Je ferai seulement remarquer que la *résection temporaire* semble en pareil cas recommandable ; outre qu'elle évite une large perte de substance osseuse, elle permet de voir ce que l'on fait et ne laisserait pas échapper les altérations encéphaliques comme cela s'est produit dans l'obs. VIII.

Il me reste maintenant à indiquer la conduite à tenir en présence d'une perforation, qu'elle soit le fait de la névrose syphilitique ou d'une trépanation ayant eu pour but l'ablation de lésions endo-crâniennes.

Tout d'abord, il semble bien établi que la remise en place d'une rondelle osseuse enlevée au trépan est une mauvaise pratique, n'oublions pas que la mort du malade de Clarke (Obs. 10) a été attribuée à cette circonstance.

Je crois qu'il est très sage de se conformer aux excellents préceptes généraux formulés par M. le Professeur Le Dentu (Bulletin de l'Académie de Médecine, page 366, 30 janvier 1894).

« Dans les pertes de substance du crâne, dit-il, il y a

une indication qui domine tout, c'est de ne pas obturer les orifices de trépanation ; c'est de faciliter l'écoulement au dehors des liquides qui pourraient se collecter ou simplement suinter dans la profondeur de la brèche. D'ailleurs, il n'y a pas toujours inconvénient à laisser la brèche se combler d'elle-même ; quand le sujet est jeune, on voit des ossifications nouvelles se produire aux dépens des bords de la brèche osseuse et sur la dure mère dans des proportions parfois assez grandes pour que les battements du cerveau cessent d'être perceptibles ; et, quand le sujet est âgé, les réimplantations et les greffes n'ont plus de chance de réussir. » M. Auvray est du même avis ; il fait remarquer que chez l'adulte, le traumatisme est peu à craindre à cause des précautions que prend le porteur de la brèche osseuse. M. Lucas-Championnière, de son côté, estime que la peau du crâne et les méninges constituent un appareil protecteur très suffisant.

Aldibert de Toulouse rapporte un exemple intéressant dans la revue de chirurgie de 1895. Voici comment M. Auvray s'exprime au sujet de ce malade (page 203 de sa thèse) :

Il s'agit d'un homme qui mourut 3 mois après l'opération. La brèche osseuse était complètement obturée par le périocrâne uni intimement à la dure-mère ; ces deux membranes formaient une épaisseur de 2 m. m., et cette toile fortement tendue s'opposait à toute hernie du cerveau.

D'ailleurs, dit M. Terrier, la hernie du cerveau peut

être évitée comme la méningo-encéphalite aiguë par une antisepsie absolue. Le cerveau sain ne fait pas hernie. Tout en se ralliant à cette opinion qu'il ne faut pas se hâter d'obturer la perforation, on peut se demander si la présence d'une cicatrice exposée directement à l'air n'est pas sans inconvénients ; car, le danger d'un traumatisme existe toujours ; Moisson, dans sa thèse inaugurale (Paris 1891), cite 2 cas de mort chez des trépanés, l'un par un coup de fouet, l'autre par un coup de corne ayant atteint la substance cérébrale.

Evidemment dans le cas de très larges pertes de substance de la voûte, il n'y a rien à tenter, sinon de protéger la cicatrice avec une pièce de cuir bouilli par exemple ; le métal a l'inconvénient de s'échauffer trop facilement, ce qui incommode le malade.

D'après Larrey qui a observé chez un certain nombre de soldats du premier empire de larges perforations à la suite de coups de sabre, le port d'une plaque métallique aurait amené plus d'une fois la mort par une véritable insolation aiguë.

De nombreuses tentatives ont été faites ces dernières années, pour combler les perforations, afin de protéger le cerveau contre les traumatismes.

On a essayé des plaques de celluloid, de liège, de caoutchouc, de gutta-percha, d'aluminium ou encore des rondelles d'os décalcifiés. En présence de tous ces procédés encore très discutés, il est difficile de dire auquel on devrait accorder la préférence, si l'on voulait intervenir

et, je ne puis mieux faire que de citer ce que dit sur ce point un auteur compétent, M. Chipault. (Chirurgie opératoire du système nerveux, tome I^{er}, page 197).

« Les parties voisines de la lésion (nécrose syphilitique) n'étant pas très saines, il serait imprudent de leur emprunter par le procédé de König une pièce autoplastique.

Les procédés hétéronécroplastiques, (celluloïd, os décalcifiés introduits sous le périoste, etc.), sont les seuls utilisables. »



OBSERVATIONS

Elles sont groupées dans l'ordre suivant :

De 1 à 7 (ablations de séquestres) ;

De 8 à 11 (enlèvement de gommes méningées ou cérébrales).

Dans les observations qui suivent la douzième, il n'est plus question d'intervention chirurgicale.

Observation 1

(inéдите, prise dans le service de M. le professeur Le Dentu à l'hôpital Necker).

Nécrose syphilitique du frontal ayant probablement débuté par la table interne, céphalalgie intense et prolongée, accès épileptiformes, perforation, suppuration abondante, ablation de séquestres. Guérison.

Le 23 décembre 1896 est entré à l'hôpital Necker (salle Maligne), L. R..., âgé de 31 ans, garçon boucher.

Sa santé a toujours été excellente jusqu'à 21 ans, à part les

convulsions qu'il eût à l'âge de 7 ans et dont il ne se souvient que fort vaguement.

En 1886, étant soldat dans un régiment d'Afrique, il fut pris de fièvres intermittentes ; enfin, en 1888, à l'âge de 23 ans, il contracta un chancre induré sur le gland ; cet accident, soigné par l'iodoforme, guérit en trois semaines. A l'apparition des accidents secondaires (plaques muqueuses de la gorge, roséole, alopecie), traitement mixte par la liqueur de Van Swieten et l'iodure de potassium en alternant de jour en jour. Au bout d'une semaine, changement de régiment ; le malade est alors soigné par un autre médecin militaire, qui lui fait pendant un mois des injections sous-cutanées de calomel tous les trois jours ; puis, il cesse tout traitement.

A 25 ans, c'est-à-dire *2 ans après avoir contracté la syphilis*, il s'est marié à une femme restée en bonne santé et dont il eut un fils également bien portant.

A la fin de 1894, *6 ans après le chancre*, il fut pris d'une céphalée intense, localisée au front. Cette douleur de tête prenait souvent la forme lancinante ; elle s'atténuait après les repas pour s'exaspérer la nuit. En mai 1895, le malade fut atteint d'une scarlatine bénigne pour laquelle il ne s'alita que 8 jours. Après la scarlatine, la céphalée a continué et, en novembre 1895, environ *1 an après le début des douleurs de tête*, le malade étant en province, fut pris d'une attaque d'épilepsie, pour laquelle il fit un séjour de 48 heures à l'hôpital. Il n'eut aucun phénomène d'aura, perdit complètement connaissance, et, à la fin de cette attaque, il constata qu'il s'était mordu la langue.

Le 1^{er} juin 1896, nouvelle crise semblable qui dura une heure.

Le 13 juin 1896, troisième attaque. Il entre une première fois

à l'hôpital Necker dans le service de M. Cuffer ; il fut, dit-il, 5 jours sans connaissance, ayant des accès à tout instant.

Après cette crise, il resta encore quelques jours à l'hôpital ; il avait une légère parésie du côté gauche du corps. Il fut soumis au bromure de potassium à haute dose, médicament dont il fit usage jusqu'en septembre 1896.

A cette époque, par conséquent, presque *2 ans après le début des douleurs de tête*, il vint à la consultation externe de Necker pour une tumeur qui se formait au point même où la céphalalgie était localisée. On lui prescrivit alors seulement un traitement antisiphilitique mixte qu'il suivit régulièrement pendant 2 mois et demi. La tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, siégeait sur la région médiane du frontal, au-dessus de la racine du nez et un peu à droite ; elle s'ouvrit spontanément le 15 décembre 1896, et il en sortit une grande quantité de pus, plus d'un demi-litre au dire du malade ?

Au moment de son entrée dans le service, le 23 décembre, il était très affaibli, n'avait plus d'appétit, et perdait du pus en abondance. Le 24, M. le Dr Mauclaire, chef de clinique, après avoir nettoyé la plaie et endormi le malade au chloroforme, extirpa quelques séquestres et fit un grattage de l'os ; au fond de la plaie on voyait nettement les pulsations de l'encéphale.

Les jours suivants : fièvre (40°) avec œdème et rougeur de la face ; malgré l'absence de bourrelet périphérique, le malade fut isolé ; mais, ces accidents ayant cessé, il revint dans la salle commune au bout de 3 jours.

A partir de cette époque, la santé générale devint bonne, l'appétit revint, et, toute céphalalgie disparut. Le 22 janvier 97, M. le Dr Le Dentu régularisa à la gouge et au maillet l'orifice osseux qui présentait après cette intervention les dimensions d'une

pièce de 5 fr.; la peau fut suturée sur toute la longueur de l'incision cruciale qu'on y avait pratiquée, excepté toutefois à la rencontre des 2 branches de la croix, afin d'assurer l'écoulement du pus dont la quantité se réduisit tous les jours. Le malade prit chaque jour 6 gr. de IK; on lui fit en outre quelques frictions mercurielles; le 10 février date de sa sortie de l'hôpital, la plaie a très bon aspect : un pansement à la gaze iodoformée a peu à peu tari l'écoulement; une membrane formée aux dépens de la dure-mère a envahi l'orifice de la périphérie au centre, mais les battements du cerveau sont toujours visibles. J'ai revu le malade le 10 mars 97; il avait repris son travail et se portait très bien; enfin, l'orifice se comblait peu à peu et n'avait même pas les dimensions d'une pièce de 2 fr.

Observation 2

(Inédite, due à l'obligeance du Dr Pauchet.)

Il s'agit d'une femme de 57 ans, soignée dans le service du Dr Labbé, salle Laugier (Beaujon) en juin 1893.

Elle portait sur la ligne médiane du front, à la naissance des cheveux, une petite tumeur fluctuante avec rebord osseux saillant. Cette tumeur fut incisée et traitée à l'iodoforme. L'interrogatoire de la malade et la présence de certaines cicatrices sur le corps révélèrent la nature syphilitique de la lésion.

Un stylet introduit dans la plaie permettait de constater la présence d'un séquestre.

La malade fut soumise pendant un mois à un traitement mixte énergique ; mais à cause de la présence du séquestre, la fistule continuait à suppurer ; on fit une incision cruciale ; la partie nécrosée qui avait l'étendue d'une pièce de 20 cent. fut extirpée, et l'orifice régularisé à la gouge et au maillet. Après l'opération, on voyait la dure-mère au fond de l'orifice.

La plaie fut ensuite traitée par un simple tamponnement à la gaze iodoformée et le traitement général fut continué. Au bout de plusieurs semaines, la lésion était presque comblée.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est l'absence de tout symptôme autre que la tumeur ; la malade n'eut même pas de céphalalgie.

Observation 3

(Verchères, Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1895, page 560.)

Nécrose syphilitique du frontal. Troubles cérébraux. Ablation du séquestre. Guérison.

Augustine C. 54 ans, entrée à l'infirmerie de St-Lazare le 21 février 1895, s'est toujours bien portée pendant sa jeunesse : s'est mariée à 18 ans, a eu successivement et fort heureusement dix enfants. A 39 ans, elle devient enceinte pour la dixième fois et accouche d'un enfant mort.

Elle se rappelle qu'un an avant la naissance de son enfant, son mari se droguait, mais jamais il ne lui a dit qu'il était malade.

Trois mois après la naissance de cet enfant mort, elle eut des maux de tête affreux qui durèrent 2 à 3 mois, et disparurent pour revenir 1 an après.

A ce moment, 2 ans après l'accouchement, elle perdit ses dents et une tumeur se montra au niveau du maxillaire inférieur. Cette tumeur s'ouvrit spontanément, laissant à nu une portion de l'os nécrosée et mobile que la malade enleva elle-même. A peine cette plaie du maxillaire était-elle guérie qu'une tumeur se montra sur le milieu de la clavicule droite, qui eut la même évolution que la première et se termina par suppuration et élimination du séquestre.

A 45 ans, quand la plaie sus-claviculaire fut cicatrisée, malgré l'iodure de potassium dont la malade prenait de très fortes doses, une suppuration abondante, accompagnée de douleurs de tête violentes, se montra au niveau de l'occipital. Il se fit bientôt une élimination de séquestre suivie de cicatrisation.

A 46 ans, nouvelle tumeur, nouvelle suppuration, celle-ci au niveau de la partie droite du frontal, presque sur la ligne médiane; au bout d'un an de souffrances et de traitement ioduré, la malade enleva elle-même un séquestre, et, de cette gomme, il ne resta qu'une petite dépression à la naissance des cheveux à droite.

A 48 ans, nouvelle gomme un peu plus en dehors de la précédente. — 6 ans de souffrances, surtout depuis 2 ans; l'ulcération faisait des progrès et, dans le fond de la plaie baignée d'un pus fétide, séquestre noirâtre impossible à enlever. Dès l'entrée de la malade, on ordonne 8 gr. par jour de IK, de la poudre de calomel sur la gomme ulcérée et une injection sous-cutanée de calomel de 1 gr. (10 centigr. de calomel).

1^{er} mois. — Amendement des douleurs.

8 mars. — Douleurs de nouveau très vives. L'ulcération grandit.

20 mars. — Deuxième piqûre de calomel ; avant de venir à Saint-Lazare, jamais la malade n'avait été soumise au mercure.

Avril. — Pas d'amélioration : malade très affaiblie par les souffrances.

Elle prend 10 gr. de IK et on lui fait faire des frictions avec 4 gr. d'onguent napolitain. L'état général est aussi mauvais que possible : cachexie, perte d'appétit, impossibilité de tout repos par suite des douleurs ; localement, deux orifices gommeux, l'un près du sourcil, l'autre à la naissance des cheveux, au fond desquels on voit la dure-mère animée de battements ; séquestre noir, embarré, baignant dans un pus d'une odeur repoussante. Malgré un traitement intensif (iodure, piqûres de calomel, frictions), aucune amélioration, sauf un peu de diminution de la céphalée.

Le 10 avril, hémiparésie.

Le 13, on cherche à enlever le séquestre. On le libère avec beaucoup de difficulté en se servant de la gouge, du maillet et surtout de la pince-gouge maniée avec beaucoup de prudence. Le séquestre, noir et fétide, avait les dimensions d'une pièce de 5 fr. *Dès le lendemain, la parésie avait disparu* ; la malade n'avait plus de céphalée et, la guérison marcha si rapidement que, le 30 avril, la cicatrisation était parfaite.

On continue le traitement spécifique ; d'ailleurs, dès qu'on cesse l'iodure, les douleurs de tête ont de la tendance à reparaitre.

Observation 4

(Védrennes, 1868, Mémoires de médecine militaire 1868, page 42).

H... soldat de 29 ans. En février 1866, chancre induré à tendances phagédéniques ; *un mois et demi après le début du chancre*, gommès sur le frontal et sur les membres. Roséole, alopecie. Traitement mercuriel interne et externe (frictions).

Le 1^{er} avril : syncope ; on découvre sur le front un abcès symptomatique d'une nécrose du frontal. On donne des pilules de protoiodure et des pilules opiacées à cause de l'insomnie ; à dater du 11 mai, on prescrit l'iodure à la dose de 4 grammes.

Le 2 juillet, chancre cicatrisé après 5 mois de durée. Le 3 décembre, le malade a repris ses forces, la céphalagie a disparu, à travers l'ouverture des abcès frontaux, on a pu extraire de petits séquestres formés par la table externe. Le malade qui était sorti de l'hôpital sur sa demande, y rentre le 9 avril 1869. Malgré le sirop de biiodure qu'il a pris régulièrement, il y a commencement d'aphasie le 27 ; parésie motrice et sensitive du côté droit. Le 30 délire, convulsions. Le 1^{er} mai, il est sans connaissance, respiration saccadée, stertoreuse, pouls à 140, membres dans la résolution et l'insensibilité. On n'a plus d'espoir que dans la trépanation.

On fait une incision cruciale et on applique une couronne de trépan de 1 cent. 1/2 au centre de la nécrose qui se trouve sur la ligne médiane, mais empiète un peu à gauche. Le disque osseux à peine enlevé, le patient ouvre les yeux, regarde l'assistance d'un air étonné et répond par des mouvements de tête aux questions qu'on lui adresse. C'est une vraie résurrection. La table interne

était intacte ; les semaines suivantes, on dut extraire de nombreux séquestres ; le malade eut des troubles mentaux ; à un certain moment, il se barbouillait le visage avec ses matières fécales ; bref, au bout de 160 jours, la cicatrisation fut complète. Le malade a guéri, mais il est resté aphasique et paralysé du côté droit. Son intelligence paraît intacte ; il a l'œil très vif ; il comprend ce qu'on lui dit, et joue aux échecs.

Observation 5.

(Siredey. N° 13 de la thèse de Galtier-Boissière.)

Femme de 34 ans, couturière. Chancre et accidents secondaires en 1868. En 1874, gommes de la face guéries par IK en 3 mois. En 1879, tumeur sur le frontal droit. Elle s'ulcère en 1880. On intervient le 14 septembre 81 pour suppuration qui épuise la malade. Pansement de Lister.

Ablation de 2 séquestres avec une spatule. Guérison sans complications.

La plaie au fond de laquelle on voyait la dure-mère mesurait d'abord 10 cm. sur 8, et au bout d'un mois 1/2, 6 cm. seulement.

La malade, pour tout traitement, avait pris du mercure pendant 2 mois, en 1868.

Les séquestres n'ont jamais déterminé le moindre accident cérébral.

Observation 6.

Obs. de Gosselin. (Archives générales de médecine, 1853, page 268.)
Intervention chirurgicale Mort.

Marguerite P., 50 ans. Entrée à Lourcine le 7 juin 1852. Elle paraît avoir eu l'accident primitif en 1830.

En 1846, elle a subi un traitement mercuriel dans le service de Gibert. Depuis ce temps, tumeurs sur la tête, et consécutivement, établissement de 3 ouvertures dans la région fronto-pariétale droite; une d'entre elles est cicatrisée, les 2 autres suppurent. Depuis 4 ou 5 mois, cette suppuration est accompagnée de douleurs et de fièvre, surtout le soir. Insomnie, diarrhée, vomissements, inappétence, perte des forces et de l'embonpoint.

Depuis son entrée à l'hôpital, formation sur la ligne médiane du frontal d'une tumeur plus grosse qu'une noix et qui présente à l'œil des pulsations isochrones au pouls; cette tumeur se tend quand la malade se mouche; il est probable que l'impulsion du cerveau est transmise par de petites fissures qui pénètrent à l'intérieur du crâne.

Lorsqu'on a vidé le pus sous-cutané par des pressions dans tous les sens et qu'on fait moucher fortement la malade, une petite quantité de liquide s'échappe encore avec quelques bulles de gaz, ce qui indique qu'une partie du foyer se trouve entre la boîte crânienne et la dure-mère.

Pus fétide tellement abondant que les pansements doivent être renouvelés au moins trois fois par jour. Les organes sensoriels, la sensibilité et la motilité ne présentent aucun dérangement notable; mais, il y a une céphalgie habituelle, qui sans prendre une

plus grande intensité la nuit est toujours assez forte pour causer l'insomnie ; affaiblissement, perte d'appétit, diarrhée habituelle, pouls à 90, 95, montant tous les soirs à 115 ou 120.

La vie paraissant menacée malgré un régime tonique et 1 K, on applique le trépan une première fois le 14 juin non pour des accidents de compression, mais pour enlever les parties mortifiées qui, suppose-t-on, entretiennent la suppuration. La pièce osseuse enlevée montre à la partie postéro-externe du pariétal, sur sa face interne, une substance molle, grise, très fétide, mais, on ne voit pas de pus s'écouler. On applique une seconde et une troisième couronne de trépan sans voir davantage de pus. L'opération a été faite sans le concours d'aucun anesthésique et n'a pas été très douloureuse. Amélioration, moins de céphalagie, retour de l'appétit.

Le 17, ablation de 2 pièces nécrosées.

Le 23, en présence de l'abondance de la suppuration, application de 5 nouvelles couronnes de trépan.

Le 25, prodromes d'érysipèle guéri le 6 juillet. Amélioration, plus de diarrhée ni de fièvre le soir,

Le 31, suppuration très abondante. L'appétit se perd de nouveau. Application d'une couronne de trépan. Retour insensible des accidents dûs à la suppuration. Le 19 août, état très alarmant (diarrhée abondante, céphalagie, nausées, fièvre surtout le soir, inappétence, insomnie, suppuration très abondante). La malade refuse une nouvelle intervention. La nécrose fait des progrès rapides. Le 6 septembre, diarrhée, fièvre continue, délire. Mort le 9 septembre.

Autopsie. — Cerveau sain. L'ouverture du crâne résultant de l'intervention chirurgicale est de 11 centimètres sur 8. Dure-mère peu altérée.

Observation 7

La Peyronie. (Mémoires de l'Académie royale de chirurgie,
tome 1, 1743.)

La Peyronie parle en ces termes de son malade :

« Après avoir découvert la carie, on s'aperçut que la première table de l'os coronal avait plusieurs trous à travers lesquels on touchait des pièces de la seconde table, dont quelques-unes étaient branlantes ; elles avaient acquis un volume très considérable et une dureté à l'épreuve des instruments d'acier de la meilleure trempe. L'exfoliation mit environ deux mois à se faire. Le malade fut envoyé aux eaux de Balaruc ; on douchait la plaie pendant une 1/2 heure quatre fois par jour. En 20 jours, elle fut presque fermée. Avant le traitement de Balaruc, pour détruire le reste de la carie, on employa successivement l'essence de girofle, l'euphorbe et le feu. Le malade se servit d'abord d'une plaque d'argent pour défendre la cicatrice ; mais, comme elle s'échauffait trop, il préféra une calotte faite en partie de carton et de cuir. »

Observation 8

Faguet. (Journal de médecine de Bordeaux, août 1895.)

Extirpation d'une gomme.

Femme de 40 ans. — A 35 ans, après des accidents secondaires manifestes, hyperostose du tibia. Au bout de 2 ans de syphilis, épilepsie jacksonienne, d'abord guérie par un traitement

intense, mais pendant 1 mois seulement. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle a jusqu'à 60 attaques par jour. Dans l'intervalle des attaques, dont la durée est de 40 secondes, elle a de l'hémiplégie gauche flasque. Les attaques ayant augmenté (120 par 24 heures), malgré un traitement mixte intense, on applique une couronne de trépan (que l'on agrandit avec la pince-gouge) au niveau de la partie inférieure du sillon de Rolando. A ce niveau, hyperostose que l'on enlève, si bien, qu'à la fin, on a une ouverture de 5 centimètres sur 2 centimètres.

Disparition de l'épilepsie, mais persistance de l'hémiplégie, eschare sacrée. Mort.

Autopsie. — Rien d'anormal sous le point trépané, *mais en avant* de lui, zone déprimée grande comme une pièce de 10 centimes. Adhérences des méninges et de la substance cérébrale. En ce point, lésion grosse comme une noix, ayant tous les caractères d'une gomme.

Observation 9

Barton. (Annales de Surgery, 1889.)

Nécrose syphilitique du frontal, symptômes de compression cérébrale, enlèvement au trépan de l'os nécrosé et d'une gomme sous-jacente, hernie cérébrale. — Mort.

Femme de 30 ans. — Nécrose syphilitique du frontal. Troubles de la motricité et de l'idéation. Application du trépan au niveau de la nécrose. Trois couronnes au niveau du centre du bras droit. Au-dessous de la dure-mère tendue et fluctuante,

gomme du volume d'un petit œuf ; on l'enlève à la curette. Lavage au sublimé à 1/2000. Drainage. Amélioration, puis hernie du cerveau. Mort 3 semaines après l'intervention. A l'autopsie, on trouva un abcès cérébral. La mort fut attribuée à des fautes d'antisepsie (?)

Observation 10.

Clarke. — The Lancet. 1890 (résumée).

Homme atteint d'hémiplégie avec déviation de la face, attaques épileptiformes. Coma, *aucune lésion extérieure*. Malgré un traitement antisypilitique énergique, l'état du malade s'aggrave au point que lui-même réclame l'intervention chirurgicale. On trépane à la partie supérieure du sillon de Rolando. On incise la dure-mère pour enlever une gomme sous-jacente. Une suppuration attribuée à la remise en place de la rondelle osseuse apparaît et emporte le malade le 26^e jour.

Autopsie. — Crâne épaissi au niveau du frontal et du pariétal. Sur les bords de l'orifice de trépanation, abcès recouvrant la frontale et la pariétale ascendantes.

Observation 11.

(Obs. 54 de la thèse de M. Auvray.)

Malade atteint d'épilepsie jacksonienne et d'athétose du bras gauche, opéré le 15 juin 93 par M. Le Dentu, sur le conseil de

Charcot ; ablation de plusieurs couronnes au niveau du centre du membre supérieur à l'aide de la pince trépan de Farabeuf. On crée ainsi une brèche osseuse de 4 cm. sur plusieurs de long. Cerveau malade sur une hauteur de 5 à 6 cm. et sur une largeur de 1 cm., on enlève cette masse à la curette. Amélioration, disparition de l'épilepsie jacksonienne, mais réapparition des mouvements d'athétose.

Observation 12.

(Barié. Société anatomique 1874.)

Homme de 47 ans. Suppuration intarissable de l'oreille moyenne datant de 18 mois ; œdème parti de l'apophyse mastoïde et ayant envahi toute la voûte.

Le malade refuse énergiquement toute intervention chirurgicale ; *il meurt ayant conservé toute son intelligence et sans avoir jamais présenté aucun accident cérébral.*

Autopsie. — Destruction complète de l'oreille moyenne. Vaste collection purulente entre la voûte et le cuir chevelu. Tout le crâne épaissi et vermoulu. Phlébite des sinus ayant occasionné la mort. Caillot dans le sinus latéral.

Dure-mère très altérée, doublée d'une fausse membrane.

Cerveau absolument sain.

Observation 13

(Cas de Costès). Journal de Bordeaux, août 1852.

Chancre en 1848. — 2 tumeurs frontales en 1852 ; elles sont séparées par un pont osseux ; elles sont ramollies et, on se renvoie la fluctuation de l'une à l'autre.

Résorption du pus sous l'influence du traitement mixte sans qu'il y eût ouverture des tumeurs.

Observation 14

Syphilis maligne. — Destruction du voile du palais. — Nécrose des os du crâne. — Gomme de la dure-mère. — Encéphalite suppurée. — Mort.

(Lanceraux, Annales de syphilographie et de dermatologie 1886).

Marie L., 25 ans, chancre en janvier 1873, puis plaques muqueuses de la gorge. Alopécie. 6 mois après (juillet) elle est admise à Lourcine pour des accidents multiples (ulcères de la pituitaire. Eruption du cuir chevelu, adénites, etc.). Malgré un traitement mixte énergique, en janvier 1874 (10 gr. K I + sirop de Gibert), nez en voie complète de destruction.

En mars, gomme au niveau de la bosse frontale droite. Abscès séquestre.

Wallet

En mai-juin, nouvel abcès sur le front avec séquestre. En juillet, attaques convulsives du côté gauche du corps avec hémiplégie. La température s'élève. Paroxysmes fébriles dans l'après-midi. Léger strabisme ; nez détruit, physionomie hideuse. Hoquet, vomissements, émission involontaire d'urine, somnolence, coma, mort (24 juillet 1874), un an et demi après le chancre.

Autopsie. — Séquestre de 8 cm. sur 10 cm. intéressant à la fois le frontal et le pariétal droit ; séquestre rugueux, poreux ; l'os sain forme sur lui un rebord saillant et sclérosé. Dure-mère épaissie et perforée dans l'étendue d'une pièce de 5fr. Au-dessous, foyer verdâtre de suppuration et de gangrène gros comme un œuf de poule ayant détruit la frontale et la pariétale ascendante.

Observation 15

(Obs. 11 de la thèse de Galtier Boissière).

Homme de 35 ans, jardinier. Chancre en 1860. En 1878, gomme du frontal, grosse comme un œuf de pigeon, qui s'est ulcérée et a rongé pendant 2 ans jusqu'au moment où l'observation a été prise (1883). Les gommès ont beaucoup suppuré. Céphalalgie violente. Dure mère à nu et couverte de granulations. Aucun accident cérébral. Disparition des gommès en voie de formation et réparation dans les parties trouées par un traitement de 3 semaines (4 gr. de KI et 3 gr. d'onguent mercuriel chaque jour).

CONCLUSIONS

1° La nécrose du crâne consécutive à des gommes est une affection assez rare qui survient tard (plusieurs années après le chancre), et ordinairement chez des syphilitiques qui se sont peu soignés. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

2° Tantôt un seul os est frappé ; dans ce cas, c'est presque toujours le frontal ; moins souvent, il existe des lésions disséminées sur toute la voûte.

3° *L'encéphale est pour ces lésions d'une tolérance remarquable, et, pendant fort longtemps, avant que le cerveau ne s'enflamme, tout se borne au contact du pus ou d'un séquestre à de la pachyméningite externe.*

4° a) Dans le cas d'un séquestre ne déterminant aucun accident, on attendra pour en faire l'ablation qu'il soit devenu suffisamment mobile, et, et que le traitement médical ait donné tous ses effets.

b) On interviendra si, malgré l'antisepsie, le séquestre, même peu mobile, entretient de la suppuration, ou encore s'il détermine des accidents de compression (accès épileptiformes, paralysies).

On enlèvera le moins d'os possible et, pour cela, on emploiera la gouge et le maillet, ou la pince gouge de préférence au trépan

Si l'on constate des lésions circonscrites sous-jacentes à la nécrose, telles qu'un abcès cérébral, une gomme les extirper.

c) Il peut se produire des troubles cérébraux sans altération osseuse apparente ; dans ce cas, si au bout de 2 mois le traitement spécifique n'a produit aucune amélioration notable, et que les symptômes (épilepsie partielle, etc.), accusent une lésion localisée, il est indiqué d'ouvrir le crâne pour aller à la recherche de la lésion endo-crânienne.

Une poussée d'encéphalite aiguë est la seule contre-indication à l'intervention.

5° Si l'on voulait dans le cas d'une perte moyenne de substance protéger le cerveau contre les traumatismes, on aurait recours de préférence aux procédés hétéro-né-croplastiques (plaques de celluloïde, os décalcifiés, etc).

S'il existe de très larges perforations, le malade portera une calotte protectrice en cuir bouilli par exemple ; le métal doit être proscrit.

Vu :

Le Président de la Thèse,
A. LE DENTU.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Auvray. — Les tumeurs cérébrales (Th. de Paris, 1896, p. 203).

Barton. — Annals of surgery, 1889, t. 1, p. 28. Nécrose syph. du frontal.

Barié. — Carie syphilitique du rocher. Bul. Soc. anatomique, oct. 1874, p. 676.

Besançon. — Infiltration gommeuse du temp. droit. Bul. Soc. anat. 19 mars 1886.

Bois de Loury. — Nécrose syph. du crâne. Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, 1860, p. 632.

Cornil. — Leçons sur la syphilis (1879). 9^e leçon.

Cornil et Ranvier. — Traité d'anatomie patholog., 1884.

Charrier. — Nécrose syp. du crâne. Bul. Soc. anat. 1854, p. 238.

Chipault. — La chirurgie opératoire du système nerveux. Tome 1, pages 197 et 243.

Chipault. — Traité de chirurgie de MM. Le Dentu et Delbet (Paris 1897). Tome IV, page 715.

Clarke. — A case of syphilitic growth. Lancet, 1897. Tome 1, page 460.

Costes. — Nécrose syph. du frontal. Journal de Bordeaux, août 1852.

Denonvilliers. — (Th. d'agrég. 1839, page 54). Des cas qui indiquent l'application du trépan sur le crâne.

Duhamel et Legrand. — Action du virus syphil. sur le cerveau et ses dépendances. (Jour. des connaissances médico-chirurgicales, 1835-36, p. 459).

Dufour. — Nécrose syph. du crâne. Bul. Soc. anat. 1851, p. 139.

Dubreuilh. — Nécrose du frontal et des sinus ethmoïdaux. J. de méd. de Bordeaux, 27 fév. 1887.

Forster. — Syphilitic necrosis of calvarium. Removal of bone. Erysipelas, Death. (Guy's Hosp. Rep. 1874. 3^e série, t. XIX, p. 41-43).

Fournier. — La syphilis cérébrale. Paris, 1879.

Faguet. — Extirpation d'une gomme. Journal méd. de Bordeaux, août 1895.

Galtier-Boissière. — Th. de Paris, 1885. De la nécrose syphilitique du crâne.

Gosselin. — Le trépan dans les ostéites syphilitiques du crâne. Arch. gén. de médecine, 1853, page 268.

Hutchinson. — Lés. syph. du crâne. The Lancet, 1872, t. II, p. 334. British. med. Journal 1867, t. II, p. 423.

Juliusburger. — Gummata perforantia ossis frontis. (Viertel jahreschr. f. Derm. Wien, 1883, p. 108-110).

Jullien. — Traité des maladies vénériennes, Paris, 1886, p. 455-903.

La Peyronie. — Mémoires de l'Académie Royale de chirurgie, t. II, 1743, p. 267. — Nécros. syph. du frontal.

Lagneau. — Th. de Paris, 1860. Des maladies syphilit. du système nerveux.

Lancereaux. — Les ostéites syphilitiques. Annales de dermat. 1886, p. 261.

Lavergne. — De la syphilis cérébrale indirecte. France médicale, t. II, 1885, n^{os} 146, 147, 148.

Le Baron. — Th. de Paris, 1881. Lésions osseuses de l'homme préhistorique.

Le Dentu. — Oblitération des pertes de substance du crâne. Bul. acad. méd. 30 janv. 94, p. 366.

Lee. — Lésions syph. du crâne.

— The Lancet, 1861, t. II, p. 402.

— Medical Times, 1860, t. II, p. 197.

— Le trépan dans les nécroses syph. du crâne. Chicago med. 1876. t. XXXIII page 538.

Moscovitz. — De la syphilis tertiaire cranienne et de ses complications méningo-encéphaliques Th. de Paris, 1874.

Oussas. — Nécrose syph. du crâne. (Annales de Dermat. et syph. 1894, page 479).

Oulmont. — Nécrose syph. du pariétal et de l'occipital. (Progrès médical 1877 p. 571).

Osler. — Syph. carie of inner table of skull (The médical news 1883 p. 25).

Petit. — La syphilis et le traumatisme (Th de Paris 1875).

Poulet. — Anatomie patholog. des gommés osseuses (Résumé dans la Revue des Sciences médicales 1886). T. 27. page 234.

Parrot. — Une maladie préhistorique. Revue Scientifique. Paris 1882, p. 110, 113.

Pepper. — Les syph. du crâne. (Amér. J. 1874 p. 411).

Rémy. — Nécrose syph. du pariétal. Mort. (Bul. Soc. anat. 1874, p. 604).

Raymond (Paul). — La lèpre et la syphilis au moyen âge. Annales de Derm. et Syph. 1894, page 1378.

Russel. — Lés. syph. du crâne (Brit. méd., 1860).

Siredey. — Nécrose syph. du frontal (Bul. Soc. anat., 18 septembre 1881).

Toland. — Nécrose syph. du frontal. Opération (Pac. méd. 1859, t. II, p. 42-45).

Terrier et Luc. — De la syphilis chez les vieillards (Rev. mensuelle de chir. 1881, p. 88).

Védrennes. — Nécrose syph. du frontal (Mémoires de méd. militaire. 1868, p. 42).

Virchow. — La syphilis constitutionnelle, 1860.

Verchères. — Nécrose syph. du frontal, opération. Guérison (Annal. de Derm. et Syph. 1895, page 560).

Nécrose syphilitique. — Crâne du musée Dupuytren.





Nécrose syphilitique. — Crâne du musée Dupuytren.

